別記様式（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 被保険者証の記号番号 |  | | | | |
| 住所 | 大崎町　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | |
| 診療機関名 |  | | | | |
| 受　診　年　月　日 | 年　　月　　日から  　　　　　　　　　　　　　　　　　日間  年　　月　　日まで | | | | |
| 受診に要した経費  （内　　　　訳） | 健 診 費 用 | | その他助成金 | | 自 己 負 担 額 |
| 円 | | 円 | | 円 |
| 審　査　決　定 | 支給決定額 | 円 | | | |
| 不支給決定 |  | | | |
| 上記のとおり，大崎町後期高齢者医療健康診断費支給規則により，健康診断費を　支給くださるよう証拠書類（領収書，受診結果表等）を添えて申請します。  年　　月　　日  　　　　　　　　　住　所　大崎町　　　　　　　番地  申請者（被保険者）  　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　印  大崎町長　殿   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 保  険  料 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | |  |  |  |  |  | | | | | | |

大崎町後期高齢者医療健康診断費支給申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |  |